

تبیین تجربه پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه از وضعیت روحی و روانی خانواده‌های اهدا کننده عضو (مطالعه کیفی)

حکیمه حسین رضایی^۱، مطهره پیله ورزاده^۲، محمد رضا افلاطونیان^۲، فرحناز امیری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مرگ مغزی یکی از بزرگ‌ترین بحران‌های زندگی خانواده بیمارانی است که با درخواست اهدای عضو روبه‌رو می‌شوند. خانواده بیماران مرگ مغزی، با مشکلات روحی و روانی زیادی روبه‌رو هستند. به منظور درک این تجربه، بر آن شدیم که با روش کیفی، تجربه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه را که تماس و تعامل طولانی با خانواده بیماران مرگ مغزی اهدا کننده عضو دارند، مورد مطالعه قرار دهیم.

روش: مطالعه کیفی حاضر با رویکرد پدیدار شناسی در بهار ۱۳۹۴ بر روی ۸ پرستار بخش مراقبت ویژه شهر کرمان به روش نمونه‌گیری هدفمند و تا اشباع داده‌ها، با رعایت محرمانه بودن اطلاعات و امکان ترک مطالعه در هر زمان که مایل بودند، ادامه یافت. روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق باز و نیمه‌ساختار یافته انجام گرفت. تمام مصاحبه‌ها ضبط و سپس، کلمه به کلمه دست‌نویس شد و با روش Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با تحلیل و ادغام کدها، ۳ کد اصلی شناسایی و با تحلیل کدها، ۱۳ کد فرعی استخراج گردید. کد اصلی ناشناخته‌ها شامل کدهای فرعی ابهام، نگرانی، ناشناخته‌ها، برخورد افراد و سایر اعضای خانواده قرار گرفته‌اند. کد اصلی درک موقعیت بحرانی خانواده شامل کدهای فرعی ترس از پشیمانی، احتمال بهبودی، عدم تأیید دیگران، افکار وسواسی و کد اصلی درک جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی شامل کدهای فرعی نوع دوستی، اعتقادات مذهبی، رشد کردن در شرایط سخت، علایق، توقعات و روابط عاطفی بود.

نتیجه‌گیری: مشکلات روحی و روانی خانواده بیماران مرگ مغزی با حذف ناشناخته‌ها، درک موقعیت بحرانی خانواده و درک موقعیت فرهنگی، اجتماعی و مذهبی در زمان بروز مرگ مغزی در خانواده مدیریت و باعث می‌شود تا این مراحل سخت با آرامش روحی و روانی بهتری سپری گردد.

کلید واژه‌ها: مرگ مغزی، اهدای عضو، پرستار، خانواده

ارجاع: حکیمه حسین رضایی، مطهره پیله ورزاده، محمد رضا افلاطونیان، فرحناز امیری. تبیین تجربه پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه از وضعیت روحی و روانی خانواده‌های اهدا کننده عضو (مطالعه کیفی). مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۱): ۷۱-۸۲.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۴

۱- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی جیرفت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: h_m5664@yahoo.com

نویسنده مسئول: مطهره پیله ورزاده

مقدمه

خانواده دارای بیماران مرگ مغزی که با پیشنهاد اهدای عضو روبه‌رو می‌شوند، سطح بالایی از اضطراب و افسردگی را طی فرایند این بحران تجربه می‌کنند. مرگ مغزی، فرایندی است که در آن مغز و ساقه مغز تمامی عملکردهای خود را از دست می‌دهد و تنها عملکرد سیستم قلب و عروق وجود دارد که ادامه این وضع منجر به کلاپس جریان خون و مرگ می‌شود (۱). با توجه به پیشرفت‌های تکنولوژی، باز هم بیمارانی هستند که به مراحل غیر قابل برگشت و پایان عمر می‌رسند و طولانی کردن درمان آن‌ها بی‌فایده است (۲) و تنها فرایند مرگ در آن‌ها با دارو و تکنولوژی طولانی‌تر می‌شود (۳). بیماران بخش مراقبت‌های ویژه طیف وسیعی از بیماران با وضعیت حاد و تهدید کننده حیات را شامل می‌شوند که با توجه به روند و پیامدهای درمانی بیماران، خانواده این بیماران علاوه بر مشکلات اقتصادی، مشکلات روحی و روانی زیادی را هم تجربه می‌کنند. این مشکلات زمانی شدت می‌گیرد که تشخیص مرگ مغزی بیمار تأیید شده و خانواده با درخواست اهدای عضو هم روبه‌رو می‌شود (۴). پرستارانی که در بخش‌های مراقبت ویژه کار می‌کنند، با توجه به این که در شیفتهای کاری به صورت هفته‌ها و ماه‌ها با این بیماران سر و کار دارند، شاهد مشکلات روان‌شناختی خانواده بیماران نیز می‌باشند (۵). تصمیم و اجرای عمل قطع درمان بیماران مرگ مغزی، استرس‌زا و همراه با بروز ناراحتی در خانواده‌ها و تیم درمان است (۶). پرستاران این بخش مسؤولیت زیادی در مقابل این بیماران، خانواده و نزدیکان آن‌ها برای سازگار کردن آنان با این وضعیت دارند. بنابراین، شاهد مشکلات روحی و روانی خانواده‌ها هستند (۷). مراقبت از این بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه، خانواده‌ها را به شدت متأثر می‌سازد و آن‌ها را با ناشناخته‌های زیادی روبه‌رو می‌کند، به خصوص وقتی بدانند که اغلب این درمان‌ها برای بیمار بیهوده است (۸، ۹). ۵۰ درصد از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه که از بیماران با بیماری انتهایی مراقبت می‌کنند، تنش را در خانواده‌ها و پرسنل گزارش می‌کنند (۱۰). از بین تمام شرایط ایجاد شده در بخش مراقبت‌های ویژه، داشتن بیمار با

تشخیص مرگ مغزی، خانواده را بیشتر دچار شوک و ناباوری می‌کند و در این شرایط واکنش‌های روان‌شناختی متعددی را نشان می‌دهند (۱۱) و سطح بالایی از رفتارهایی چون اضطراب، افسردگی و استرس در این خانواده‌ها مشاهده می‌گردد (۱۲). در مطالعه‌ای بر روی پرستاران بخش مراقبت ویژه که مراقبت از بیمار مرگ مغزی را هم به عهده دارند، مشخص گردید که تشخیص مرگ مغزی با واکنش‌های روحی و روانی در آنان ارتباط معنی‌داری دارد (۱۳).

حسین‌رضایی و همکاران طی مطالعه کمی نشان دادند که بخش زیادی از این تجربه مربوط به نداشتن اطلاعات کافی (۷) و روبه‌رو بودن با موارد ناشناخته و مجهول در فرایند درمان بیمار مرگ مغزی می‌باشد (۱۴). واضح است که در زمان تشخیص مرگ مغزی، ادراک پرستار از وضعیت خانواده برای انجام مراقبت از آنان بسیار مهم است (۱۵، ۱۶)؛ چرا که نه تنها باید خانواده بیمار مرگ مغزی مورد حمایت قرار گیرد و اطلاعات کامل در اختیار آن‌ها باشد، بلکه باید برای پیشنهاد اهدای عضو هم آماده شوند (۱۸، ۱۷). مراقبت پرستاری، زمانی مؤثر است که علاوه بر بیمار، خانواده نیز کانون توجه قرار گیرد (۲۰، ۱۹).

مطالعات انجام شده در بررسی سطح تنش در بخش‌های مراقبت‌های ویژه ترومای شهر کرمان نشان داد که خانواده‌های دارای بیمار بستری در این بخش، حد متوسطی از تنش را تجربه می‌کنند که این میزان با تکرار موارد برخورد با بیمار مرگ مغزی و مراقبت از این بیماران افزایش می‌یابد (۲۱، ۱۸). پرستاران باید ابتدا احساسات خود را درباره فرایند مرگ و کمک به مرگ بشناسند و همزمان باید نیازهای بیماران در حال مرگ و خانواده آن‌ها را تأمین کنند (۲۳، ۲۲). مطالعه کیفی انجام شده توسط Jacoby و همکاران جهت بررسی نیازهای حمایتی و مشکلات روان‌شناختی خانواده بیماران مرگ مغزی اهدا کننده عضو نشان داد که آنان با شرایط سختی روبه‌رو هستند (۱۶). به علاوه، با درخواست اهدای عضو هم روبه‌رو می‌شوند. جهت کمک به آنان، قابل توجه‌ترین یافته اضطراب و استرس ناشی از درخواست اهدا بود و خواستار دریافت اطلاعات کافی در مورد

اهدا و اطلاع از مرگ مغزی بودند (۱۶).

exley و همکاران بیان کردند که از طریق واکاوی تجربه مشکلات روان‌شناختی خانواده بیماران مرگ مغزی، با روش استقرار، زمینه‌های لازم درک بهتر مشکلات خانواده فراهم شود و ضمن شناخت مفهوم مرگ مغزی از دیدگاه آنان، آثار این تجربه بر تصمیم فرد برای پذیرش مشکلات روان‌شناختی و قبول درخواست اهدا، هم به خانواده بیمار مرگ مغزی و هم بیماران نیازمند اهدا کمک شود (۱۷).

مطالعات انجام شده در ایران بر روی خانواده‌های دارای بیمار بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه صورت گرفته است و مطالعه‌ای که به صورت انحصاری مشکلات خانواده بیمار مرگ مغزی را مورد توجه قرار دهد، بررسی نشده بود. با توجه به ساختار فرهنگی ایران، اهمیت توجه به مرگ مغزی، تبعات بعدی آن، مسأله اهدای عضو و رضایت به اهدای عضو و از آن‌جا که رسیدن به محتوای تجربه افراد با روش کمی معمول کمتر تحقق می‌یابد (۱۸)، در پژوهش حاضر از روش کیفی درک پرستاران از وضعیت روحی و روانی خانواده بیماران مرگ مغزی اهدا کننده عضو به روش پدیدار شناسی بود، به منظور دستیابی به هدف مطالعه، استفاده شد.

روش

این مطالعه کیفی به تبیین تجربه پرستاران بخش مراقبت ویژه از وضعیت روحی و روانی خانواده بیماران مرگ مغزی که به اهدای عضو وابسته درجه ۱ (پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر و برادر) خود رضایت داده‌اند، پرداخت. محیط پژوهش مطالعه حاضر بر اساس توافق پرستاران در محل بخش ویژه تعیین شد. مطالعه کیفی حاضر بر روی ۸ پرستار کارشناس بخش مراقبت ویژه بهار ۱۳۹۴ در شهر کرمان به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریقه مصاحبه عمیق باز انجام گرفت. جمع‌آوری اطلاعات به روش نمونه‌گیری هدفمند و تا اشباع داده‌ها یعنی زمانی که دیگر کدها و طبقات جدیدی به دست نیامد، ادامه یافت. معیار ورود به مطالعه پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه که سابقه کار با بیمار مرگ مغزی و خانواده بیمار مرگ مغزی را داشته باشد که به عنوان

مطلعان کلیدی محسوب می‌شوند، وارد مطالعه شدند. قبل از مبادرت به جمع‌آوری اطلاعات، رضایت‌نامه توسط پرستاران تکمیل و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و در هر زمان می‌توانستند مطالعه را ترک کنند. اطلاعات فقط در راستای اهداف مطالعه و بدون ذکر مشخصات هویتی استفاده خواهد شد.

با توجه به هدف مطالعه، شرکت کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از بین پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه شهر کرمان که معیارهای ورود به این مطالعه را دارا بودند، انتخاب شدند. با توجه به حضور پرستاران در شیفت‌های کاری متفاوت و حجم کار زیاد آنان با انجام مصاحبه‌ها به صورت گروهی موافقت ننمودند. در مجموع، در این پژوهش ۸ پرستار شرکت داشتند که تمامی آن‌ها زن، مسلمان، دارای مدرک کارشناسی پرستاری و در محدوده سنی ۴۵-۲۵ سال با سابقه خدمت ۲ تا ۲۲ سال قرار داشتند. با پرستاران جهت انجام مصاحبه و محل انجام مصاحبه‌ها، هماهنگی‌های لازم صورت گرفت که تمامی آن‌ها محیط بخش را جهت انجام مصاحبه‌ها انتخاب کردند. مصاحبه کننده در طی صحبت‌های مشارکت کننده، نقش هدایت‌گر صحبت‌ها را به عهده داشت و سؤالات واضح مطرح نمی‌شد تا پاسخ مشارکت کننده از هر نوع اعمال نظر و سوگیری دور باشد.

روایی و پایایی مطالعه حاضر، ریشه در ۴ محور (مقبولیت، همسانی، تعیین و انتقال‌پذیری) داشت. مقبولیت در این پژوهش، با مراجعه به شرکت کنندگان و به تأیید رساندن بیانیه‌های حاصل این امر تحقق گشت. کاربردی بودن یا قابلیت اجرا بدان اشاره دارد که آیا نتایج در مورد مکان‌ها یا گروه‌های دیگر قابل به کار بستن می‌باشد. در این مورد نیز پژوهشگران سعی کردند با انتخاب محل مناسب برای مصاحبه‌ها که با نظر پرستاران صورت گرفت و نیز انتخاب شرکت کنندگان از طیف به نسبت گسترده سنی و سابقه خدمت در بخش مراقبت‌های ویژه به این هدف دست یابند. ثبات و همسانی هنگامی کسب شد که شرکت کنندگان، پاسخ‌های نامتناقض و همسانی به سؤالات مشابه در

یافته‌ها

تمامی شرکت کنندگان در مطالعه متأهل، مسلمان و در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند. یافته‌های حاصل از مطالعه پس از برگردان مصاحبه جهت تأیید مطالب ضبط شده و تأیید نهایی مصاحبه شوندگان استخراج شد. در قالب ۳ کد یا مفهوم اصلی شامل: ناشناخته‌ها، درک موقعیت بحرانی خانواده، درک جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی اهدا بود که شامل ۱۳ زیرطبقه یا کد فرعی بود.

جدول ۱. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها

کدهای اصلی	کدهای فرعی
حذف ناشناخته‌ها	ابهام نگرانی برخورد افراد
درک موقعیت بحرانی خانواده	ترس و پشیمانی احتمال بهبودی افکار وسواسی عدم تأیید دیگران
درک جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی	نوع دوستی اعتقادات مذهبی رشد کردن در شرایط سخت علائق و روابط عاطفی توقعات

کد اصلی، حذف ناشناخته‌ها شامل کدهای فرعی ابهام، نگرانی، برخورد افراد و سایر اعضای خانواده. کد اصلی درک موقعیت بحرانی خانواده شامل کدهای فرعی ترس از پشیمانی، احتمال بهبودی، عدم تأیید دیگران، افکار وسواسی.

کد اصلی درک جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی شامل کدهای فرعی نوع دوستی، اعتقادات مذهبی، رشد کردن در شرایط سخت، علائق، توقعات و روابط عاطفی.

حذف ناشناخته‌ها: از آن‌جا که قرار گرفتن در شرایط یک خانواده با بیمار مرگ مغزی بسیار دور از ذهن و قابل وصف نیست، توجه به آن‌ها بسیار حایز اهمیت است. نگرانی بیشتر به شرایط خاص و بحرانی که در آن قرار گرفته‌اند. ابهام: انتظار و توقع خانواده برای درک وی در شرایط

قالب‌های مختلف مطرح شده می‌دادند. مبتنی بر واقعیت بودن پژوهش نیز بدین طریق حاصل می‌شد که فرایند پژوهش، خالی از هرگونه تعصب باشد و در خلال این مطالعه سعی بر این بود که هرگونه تعصب در مورد پدیده پژوهش را قبل و هم پس از مصاحبه‌ها از خود دور سازیم. جهت اعتباربخشی، صحت و استحکام داده‌ها، سؤالات به صورت هدفمند مطرح گردید. در مطالعه، سؤالات باز مطرح شد. مشارکت کنندگان در ارایه نظرات خود آزاد بود. در صورت وجود هر نوع ابهامی در درک مطالب فرد، مفهوم برداشت شده به شخص باز خورده داده می‌شد تا صحت آن را تأیید کند. مضمون‌های ارایه شده با چند سؤال باز مصاحبه آغاز شد. راهنمای سؤالات مطالعه: در زمان بیان تشخیص مرگ مغزی خانواده بیمار چه واکنشی را نشان می‌دهد؟ رفتار افراد خانواده را در زمان انجام مراقبت‌هایی که می‌دانند برای بیمار مفید نیست و منجر به بهبودی نمی‌شود، بیان نمایید؟ در زمان تصمیم‌گیری برای اهدای عضو بیمار و قطع درمان با خانواده چگونه ارتباط برقرار می‌نمایید و چه احساسی در آن‌ها مشاهده می‌شود؟ با این گونه سؤالات، شرکت کنندگان تشویق به بیان تجربیات خود می‌شدند. گاهی اوقات از سؤالات غیر مستقیم استفاده می‌شد. به عنوان مثال، به نظر شما پرستارانی که از بیمار مرگ مغزی مراقبت می‌کنند، چه نگرانی و چه احساساتی را در خانواده آن‌ها مشاهده می‌کنند؟ با چه وضعیتی به اهدای عضو وابسته خود رضایت می‌دهند؟ طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۵-۴۰ دقیقه بود. متن کلیه مصاحبه‌ها از نوار گرفته شد. سپس، محتوای مصاحبه‌ها لفظ به لفظ روی کاغذ پیاده شد و بار دیگر با اطلاعات ضبط شده مطابقت داده شد.

پس از انجام مصاحبه‌ها، برگردان آن‌ها به صورت نوشتاری و تأیید پرستاران، مبادرت به تحلیل اطلاعات گردید. برای تجزیه و تحلیل از روش Colaizzi استفاده شد. مراحل شامل توصیف پدیده مورد نظر توسط محقق، جمع‌آوری و قرائت توصیف‌های شرکت کنندگان، استخراج عبارات اصلی، پیدا کردن معنای عبارات اصلی، نوشتن یک توصیف جامع، مقایسه توصیف‌های شرکت کنندگان با توصیف محقق و اصلاح یا افزودن موارد لازم می‌باشد (۲۱).

سخت برای پذیرش مسأله مرگ فردی که گاه به مرگ و مرده بودن او شک و تردید دارند، بسیار سخت است.

«اگر بیماری کاندید اهدا شود، باید تمام تلاشمان را برای نگهداری او بکنیم. ما نیازمندیم یک تلاش بسیار زیاد را در فاصله زمانی کوتاهی انجام دهیم. انگیزه من از انتخاب رشته ICU و کار با بیمار مرگ مغزی این بود که تمام رشته‌های پزشکی کار درمانی می‌کنند، اما من فکر می‌کنم که اگر بتوانم با شرایط بحرانی (برای بیمار و خانواده) کار کنم، کار خیلی بزرگی است. مرگ یک قسمت از زندگی ما است و سیر طبیعی است. انسان یک زمان به دنیا می‌آید و یک زمان هم از دنیا می‌رود، اما اگر بتوانیم این پدیده را زمان وقوع در خانواده مدیریت کنیم، افراد همراه بیمار، راحت‌تر با مرگ کنار می‌آیند و پدیده اهدا بسیار زیباتر جلوه می‌کند و پرستاران هم از آسیب روحی در امان می‌مانند» (شرکت کننده ۴). در بعضی موارد، خانواده حتی بعد از رضایت دچار نوعی تردید و نگرانی می‌شود. ترس از این که بیمار به زندگی برگردد، ممکن است تا آخر عمر پشیمان شوند و این افکار آزارشان می‌دهد. «در ابتدا که رضایت می‌دهند، بعضی خانواده‌ها بسیار ناراحت هستند و کم‌کم کنار می‌آیند» (شرکت کننده ۷). «پرسنل شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه تأثیر خیلی مهمی در تشویق و ترغیب خانواده بیمار مرگ مغزی به اهدای عضو دارند و اگر بتوانند این پدیده مهم را در زمان وقوع به درستی مدیریت نمایند، می‌توانند بر نتیجه این فرایند تأثیر بگذارند. برای کمک به خانواده‌ها باید یک جزوه به خانواده بیمار مرگ مغزی بدهیم و (در جزوه مطالب مورد نیاز برای پذیرش بحران) در آن یادآور بشویم که به طور قطع پذیرش مرگ یکی از عزیزان مشکل است و اهدای عضو مشکل‌تر، اما باید توجه کنیم که همه این‌ها مشکل است، ولی یک واقعیت» (شرکت کننده ۴). «وقتی خانواده بیمار به ما می‌گه اگر یک درصد هم احتمال برگشت هست، حاضر به اهدا نیستیم، معلوم می‌شه که موضوع مرگ مغزی براشون مجهوله و به اطمینان قلبی هنوز نرسیدن» (شرکت کننده ۵).

نگرانی: در صورتی که که بتوان در تمامی مراحل بحران آموزش‌های لازم را به خانواده ارایه نماییم، قادر خواهد بود که

بر اساس یافته‌های علمی، موقعیت خود را ارزیابی نماید و درک واضح و درستی از شرایط به وجود آمده پیدا نماید.

«خانواده‌ها در شرایطی قرار می‌گیرند که نوعی دوگانگی در تصمیم دارند. باور کنید در این موقع آدم تنش می‌لرزه که چه موقعیت سختی را تجربه می‌کنن. در نگاهشان همش التماسه و مرتب می‌گن ما را دعا کنین. اگر به آن‌ها اطمینان بدهیم که هیچ کاری را بدون اطمینان از شرعی و قانونی بودن آن انجام نمی‌دهیم، احساس راحتی بیشتری می‌کنند. با این همه شرایط کار سخت، هیچ وقت از کار کردن با این بیماران دلخور و خسته نشده‌ام، چون کارها در نهایت، صحیح پیش می‌رود» (شرکت کننده ۵).

آگاهی محدود خانواده‌ها از مرگ مغزی در مدیریت این بحران بسیار مؤثر است. «ما باید موقعیت بحرانی را هم برای خانواده‌ای که می‌خواهد رضایت بدهد، درک کنیم و هم اگر مواظب بیمار نباشیم، سریع مریضی را که احتمال رضایت اهدا داره در یک لحظه با ایست قلبی می‌توانیم از دست بدهیم و مراقبت از این بیماران سخت‌تر است، چون کوچک‌ترین بی‌توجهی مریض را به طرف مرگ زودتر سوق می‌دهد و امکان کمک به بیماران نیازمند عضو از دست می‌رود» (شرکت کننده ۵). «بعضی خانواده‌ها می‌گن چطور مرده؛ در صورتی که کلیه‌هاش کار می‌کنه» (شرکت کننده ۱). «شرایط کار با بیمار مرگ مغزی برای خانواده و تیم درمان ایجاد موقعیت‌های بحرانی و سختی را می‌کنه. بارها همراه با گریه خانواده‌ها گریه کردم. اگر در موقع کار با آن‌ها خودمان به باور برسیم، بهتر می‌توانیم تصمیم‌گیری کنیم» (شرکت کننده ۲).

"اگر بخواهیم شرایط مناسبی را برای خانواده فراهم کنیم تا این تصمیم را راحت‌تر بگیرن، باید پرسنل به کار در این محیط درمانی علاقه داشته باشند و آموزش‌های لازم در برخورد با بیمار و خانواده را در شرایط بحران دیده باشند. در غیر این صورت، هم پرسنل آسیب می‌بینند و هم به خانواده‌ها کمک نمی‌شود، چه اهدا کننده چه تصمیم گیرنده اهدای عضو" (شرکت کننده ۴). «برای کمک به خانواده و کنار آمدن با این بحران و گرفتن تصمیمی که خیلی سخت است، علاقه به کار با بیماران مرگ مغزی شرط اول است» (شرکت

کننده (۵).

برخورد افراد و سایر اعضا: گاه علاوه بر عدم آگاهی و جهل در مورد پدیده مرگ مغزی، خرافات نیز به این مسأله افزوده می‌شود که درک شرایط را برای خانواده دشوارتر می‌کند. «در بعضی خانواده‌ها برای جنازه شرایط خاصی قایل هستند و همین اعتقاد و ترس از عواقب آن، در برخورد با آن‌ها موجب ناراحتی بیشتر می‌شود» (شرکت کننده ۳). «بعضی از فامیل‌ها می‌گن جنازه باید کامل دفن بشه. بعد از تصمیم به اهدا، این مسأله که جسد کامل و آراسته نباشد، خانواده را نگران می‌کنه» (شرکت کننده ۸). «ما با خانواده‌هایی روبه‌رو هستیم که نگرانی آن‌ها اینه که بعد بگن اعضای بیمارشون را فروختن و اهدا نکردن. این مسأله بسیار آن‌ها را نگران می‌کنه» (شرکت کننده ۲).

درک موقعیت بحرانی خانواده: در صورتی که خانواده‌ها از قبل، نظرات بیمار در مورد اهدا را بدانند، تصمیم‌گیری راحت‌تر است. چون آسوده خاطر هستند که بر اساس عقیده و نظر بیمار رفتار کرده‌اند و این مسأله وقتی با اطمینان بیشتر انجام می‌شود که بیمار از قبل کارت اهدای عضو را داشته باشد. در این زمان، به واقع خود بیمار رضایت واقعی را داده و خانواده تنها تأییدی بر درخواست وی می‌کنند و شرایط را برای آن‌ها هموارتر و خوشایندتر می‌کند و پرستاران هم احساس کار بیهوده را در زمان مراقبت از این بیماران ندارند.

ترس از پشیمانی: «برای این که با وضعیت سخت خانواده‌ها برای تصمیم به اهدا کمک کنیم، بهتر است از قبل کارت اهدا پر کنند. در صورت وجود این کارت، تصمیم‌گیری بسیار راحت‌تر می‌شه و خانواده دچار سردرگمی ترس از پشیمانی نمی‌شود و چون کار با بیمار مرگ مغزی مشکل است، با این روش شرایط برای خانواده‌ها آرام‌تر و راحت‌تر می‌شود» (شرکت کننده ۳). «ما در مورد اهدای عضو تصمیم گیرنده نیستیم، اما می‌توانیم شرایط را بهتر کنیم، چون وظیفه ما ایجاب می‌کنه که علاوه بر مریض به فکر خانواده و مریض‌های دیگر هم باشیم. پس باید جوری رفتار کنیم و همراهیان را آماده کنیم، اما امید واهی به همراهیان نمی‌دهیم. چون مریض‌هایی هستن که به کلیه، ریه و کبد

نیاز دارن و ادامه حیاتشون به این اعضا بستگی داره و با صحبت با خانواده‌ها و درک وضعیت خیلی سخت آن‌ها به آنان کمک کنیم که با این بحران کنار بیایند و تصمیم درستی بگیرن» (شرکت کننده ۶).

برای کمک به خانواده برای تصمیم‌گیری مناسب بهتر است، پیشنهاد و درخواست اهدا در موقعیت مناسب از نظر روحی روانی گفته شود و به علاوه، شرایط محیطی که درخواست در آن مطرح می‌شود، مورد نظر قرار گیرد. به علاوه، زمان مناسب ارایه درخواست در نظر گرفته شود و شرایطی فراهم گردد که پیشنهاد اهدا موجب برانگیخته شدن خشم و عصبانیت نگردد؛ چرا که در صورت ایجاد شرایط بد روحی و روانی در خانواده بیمار مرگ مغزی، امکان مخالفت با پیشنهاد اهدا افزایش می‌یابد.

احتمال بهبودی: «خانواده‌ها با بیمارانی در زندگی خود روبه‌رو بوده‌اند که پس از طی دوران طولانی بیماری و شرایط خطرناک بهبود یافته‌اند و به دلیل این که با مکانیسم مرگ مغزی و فرایند آن آشنایی ندارند، به برگشت بیمار و بهبودی دوباره او امیدوار هستند. خیلی از افراد به ما می‌گن فلان کس خیلی بد حال بود و خوب شد، این که جوونه ممکنه برگرده» (شرکت کننده ۴). «اکثر خانواده‌ها می‌پرسند، اگه به جایی در شهر بزرگ‌تر و امکانات بهتر ببریم، خوب میشه» (شرکت کننده ۷). «خانواده در بیشتر مواقع به صراحت بیان می‌کنه، چطور می‌شه قبول کرد که عزیزت مرده؟ چطور می‌شه برای پیوند متقاعد شد؟ تا آخرین لحظه امیدوار هستند که برگرده» (شرکت کننده ۱).

عدم تأیید دیگران: عدم تأیید رضایت عضو توسط سایر افراد خانواده می‌تواند ایجاد نگرانی برای آینده این تصمیم باشد. «بعضی‌ها می‌گن ما بسیار نگران حرف دیگران هستیم. واکنش فامیل و دیگران چی می‌شه؟ من خودم می‌ترسم مورد بازخواست قرار بگیرم» (شرکت کننده ۵). «بعضی خانواده‌ها بسیار نگران و مضطرب هستند. یکی می‌گفت دوستاش بهم گفتن دلتون اومد این کار رو بکنین» (شرکت کننده ۴).

افکار وسواسی: کمک به خانواده برای پذیرش مرگ و فرایند وقوع مرگ مغزی و غیر قابل برگشت بودن بیمار

می‌تواند خانواده‌ها را در درک موقعیت جدید و اطمینان به تصمیم اتخاذ شده یاری دهد. «در بیشتر موارد، خانواده‌ها می‌گن ما کسی را قبلاً در خانواده نداشتیم که این طوری باشه» (شرکت کننده ۵). «گروهی از خانواده‌ها توجیه نشدن و به یقین نرسیدن و مشکل در تصمیم‌گیری دارن و مرتب جملات و سؤالات تکراری می‌پرسن و وسواس دارن که آیا تصمیم درستی می‌گیرن» (شرکت کننده ۷).

درک جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی: از آن‌جا که نگرش، اعتقاد و مذهب افراد می‌تواند بر تمامی مراحل زندگی و دیدگاه‌های افراد از تولد تا مرگ تأثیر بگذارد و درک موقعیت فرهنگی، روحی، روانی و اعتقادات افراد می‌تواند کلید مؤثری برای حل مشکل اهدای عضو در جامعه باشد، کمک گرفتن از افراد صاحب‌نظر در حیطه‌های فوق و کمک گرفتن از آن‌ها در زمان ارایه پیشنهاد اهدا به خانواده‌ها می‌تواند بر روند تصمیم و رضایت به تصمیم مثبت برای اهدای عضو مؤثر باشد.

نوع دوستی: توجه به نوع بشر و تأکید بر جنبه‌های انسان دوستانه خانواده بیمار مرگ مغزی، پذیرش مشکل را برای آن‌ها راحت‌تر و از مشکلات و پیامد ناگوار داشتن بیمار مرگ مغزی و تصمیم به اهدای عضو وابسته خانواده می‌کاهد. «کسی که بدنش را اهدا می‌کنه، جان چند نفر را نجات می‌دهد. اگر ما به اهدا و ادامه حیات افراد فکر کنیم، دیگه داشتن بیمار مرگ مغزی ناراحت کننده و اضطراب‌آور نخواهد بود» (شرکت کننده ۷). «این (مرگ) یک واقعیت زندگی است و هرگز نمی‌شود آن را انکار کرد. به یقین همین طور است، پس باید شرایطی را ایجاد کنیم که خود و افراد جامعه کارت اهدای عضو داشته باشند، چون کاری است که با آموزه‌های دینی ما و فرهنگی مذهبی جامعه هم هماهنگی داره و دیگه مشکلی برای خانواده‌ها و پرستاران و گاهی احساس تردید و گناه فراهم نمی‌شود» (شرکت کننده ۴). «با ثبت و رضایت فرد قبل از مرگ مغزی، مسأله اهدا برای خانواده بدون تردید و ابهام انجام می‌شود. اگر با مردم جامعه این مسأله را باز کنند و آن‌ها را با زندگی افراد نیازمند عضو و سختی‌های زندگی آن‌ها آشنا کنند که هر لحظه زندگی یک

فرد نیازمند کبد و قلب و... به اندازه ۱۰۰ سال می‌گذره و هزینه‌ای که به خانواده‌ها و دولت تحمیل می‌کنه و یقین به این مسأله که ارگان‌ها بعد از مرگ به خاک تبدیل می‌شه. آیا به خاک تبدیل شدن بهتره یا نجات افراد؟ اگر این تبلیغات و فرهنگ‌سازی توسط رسانه‌ها انجام بشه، مردم آمادگی ذهنی در موقع بحران دارن و کار ما هم لذت‌بخش می‌شه و دیگه عذاب وجود انجام کارهای بی‌فایده برای مریض را نداریم» (شرکت کننده ۱). «اگر مردم را متوجه کنیم که فرد سالم و هوشیاری که خودش تصمیم می‌گیرد که با اعضا بدنش چکار کنه، زمانی ممکنه نتواند خودش تصمیم بگیره و نیازمند بشه و در این شرایط دوست دارد که به بهترین وجه به او کمک بشه، پس اگر موقعیت بیماران نیازمند به کمک را درک کنیم، مسأله اهدا آسان‌تر می‌شه» (شرکت کننده ۴).

اعتقادات مذهبی: از آن‌جا که مردم کشور ما بیشتر مسلمان هستند و با توجه به اعتقادات مذهبی و تأکید بر کمک به نیازمندان و دستگیری از افراد ناتوان با تأکید بر آموزه‌های دینی و از این که با پذیرش اهدا موفق شده‌اند تا به آموزه‌های دینی عمل کنند، احساس رضایت و آرامش بیشتری خواهند داشت و متوفی را هم در این کار خیر و رسیدن به ثواب و برکات آن سهیم می‌دانند. «خانواده‌ها بیشتر می‌گن ما برای خدا و کمک به مردم این کار را کردیم، حتی حاضر نیستند بدانند به کی عضو اهدا می‌شه. معتقدند ثواب کار کم میشه» (شرکت کننده ۲). «بیشتر می‌گن برای آمرزش عزیزمون این کار را می‌کنیم و هیچ انتظاری از مردم نداریم» (شرکت کننده ۸). «از آن‌جا که خانواده‌هایی با سطوح مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مذهبی دارای بیمار مرگ مغزی هستند، با توجه به موقعیت بیماران مرگ مغزی، ما امید بی‌دلیل نمی‌دهیم و ایمان و شخصیت خانواده در تصمیم به اهدا مهم است. باید آن فرهنگ را داشته باشه. آن چیزی که انسان را ناراحت می‌کنه، نداشتن عزیزش است. ما چون مسلمان هستیم، باید بدانیم همان طور که پدیده‌ای به نام زندگی هست، پدیده‌ای به نام مرگ هم هست و بعد از مرگ اندام‌ها می‌پوسند» (شرکت کننده ۲). رشد کردن در شرایط سخت: در صورتی که خانواده

اهدا برای آن‌ها توجیه شود، پذیرش بحران راحت‌تر است. «خانواده‌ایی که فرزند از دست می‌دهد، معتقد است عضوی که به کسی اهدای می‌شود، قوت قلب خانواده است» (شرکت کننده ۶). «یکی می‌گفت، با اهدای اعضای بابا می‌دونیم که او همیشه زنده است» (شرکت کننده ۱). «مادر یکی می‌گفت، وقتی قلب بچه‌ام توی سینه یکی دیگه میزنه احساس می‌کنم دخترم زنده است» (شرکت کننده ۸).

بحث

این پژوهش جهت تبیین تجربه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از وضعیت روحی و روانی خانواده بیمار مرگ مغزی که به اهدای عضو وابسته خود رضایت داده‌اند، نشان داد که این خانواده‌ها با مشکلات روحی و روانی متنوع و زیادی روبه‌رو هستند که مهم‌ترین آن‌ها بر اساس نتایج حاصل از تم‌های مطالعه، وجود ابهام در پذیرش مرگ مغزی به عنوان مرگ حتمی است. در بسیاری از موارد خانواده، بیمار مرگ مغزی را مرده محسوب نمی‌کند، چون او نفس می‌کشد، پوست نرم و گرمی دارد و همه این‌ها منجر به شرایطی می‌شود که در مطالعه تحت عنوان مجهولات یا ناشناخته‌ها به آن اشاره شد، به صورت ابهام، نگرانی، وجود موارد ناشناخته و برخورد افراد با این مسأله مطرح گردید که این نتایج با نتایج مطالعه Sque و همکاران همخوانی دارد (۲۴). مطالعه Exley و همکاران نیز به همه موارد در طبقه مجهولات اذعان می‌کند (۱۷). با دادن آگاهی و ایجاد بینش در خانواده و ایجاد شرایط مناسب در زمان درخواست عضو می‌توان مشکلات روحی و روانی خانواده‌ها را مدیریت نمود (۷). در صورتی که افراد آگاهی و شناخت لازم را داشته باشند که مرگ مغزی همان مرگ است و بازگشت بیمار امکان‌پذیر نیست، می‌توانند مسأله اهدا را راحت‌تر مورد بررسی و پذیرش قرار دهند.

در بررسی یافته‌های مربوط به طبقه درک موقعیت بحرانی که زیرطبقه‌های ترس و پشیمانی، احتمال بهبودی و داشتن افکار وسواس و عدم تأیید دیگران می‌باشد که با نتایج حاصل از Cadge و همکاران (۵) و Corley و همکاران (۶) همخوانی دارد. در مطالعه‌ای بیان شده که اگر بتوانیم خانواده

مطمئن باشد که تمام اقداماتی که انجام می‌شود، در حیطه شرع و قانون انجام می‌گردد، احساس راحتی بیشتری می‌کند و خانواده این شرایط را برای تعالی و تکامل روحی و روانی استفاده می‌کند. «اگر رضایت از قبل باشد و بدون آن که خدا به او فرصتی داده تا در آخرین لحظات عمرش هم گره‌گشایی دیگران باشد، نظرشان به یقین عوض می‌شود و راحت‌تر با مشکل کنار میان» (شرکت کننده ۵). «با توجه به این که فرایند بروز بحران و زمان تصمیم به اهدا به هم بسیار نزدیک است و چند روز بیشتر طول نمی‌کشد، گاهی خانواده‌ها به ما بعد می‌گویند کاش به ما وقت بیشتری برای تصمیم داده بودید و موارد زیادی به من گفته‌اند کاش به ما اصرار کرده بودید، چون بعد از گذشت زمان متوجه شدیم که مخالفت با اهدا درست نبوده و اون وقت کاری نمی‌شد بکنیم» (شرکت کننده ۷).

علائق و توقعات: اطلاع‌رسانی ناقص و در زمان نامناسب می‌تواند عاملی تأثیرگذار بر رفتار و عملکرد افراد باشد. «بیشتر خانواده‌ها در زمان برخورد با بیمار مرگ مغزی و پیشنهاد اهدا می‌کن از آن‌جا که مسأله عزیزمون مطرح می‌شه، اگه برای آدم جا بیفته که مسأله علمی و حتمی است، قبول نمی‌کنه که عضو سالمی که می‌تونه جون کسی را نجات بده بره زیر خاک، مشکل ما مشکل فرهنگی» (شرکت کننده ۱). «توجه به آموزه‌های دینی که اگر کسی زندگی یک نفر را نجات بدهد، مانند این است که زندگی همه انسان‌ها را نجات داده است. از نظر شرعی هم مسأله حل شده و فقها هم قبول دارن. پس با توجه به این که خیلی از خانواده‌ها مسأله شرعی را مطرح می‌کنن، این موضوع را حل می‌کنه. اگه بعد از مراقبت‌های ما اهدا صورت بگیره، ما رضایت درونی داریم، در غیر این صورت احساس گناه از انجام کار بیهوده و صرف هزینه بی‌فایده را داریم و به علاوه، خانواده هم با مشکلات افسردگی و بیماری‌های روحی و روانی روبه‌رو می‌شن» (شرکت کننده ۲).

روابط عاطفی: در صورتی که بتوان با خانواده طوری ارتباط برقرار نمود که نسبت به مرگ عزیزان در مواقع مرگ مغزی دیدگاه خانواده اصلاح شود و نیاز افراد نیازمند عضو

بیمار مرگ مغزی منجر به اهدا شود، آسیب‌های روانی پرستاران، احساس مراقبت بیهوده و تنش اخلاقی در آن‌ها کاهش می‌یابد و خانواده‌ها نیز احساس کمک، نوع‌دوستی، رشد و تعالی را در طی مراحل پذیرش بحران تجربه می‌کنند (۹).

با توجه به این که مذهب نقش مهمی بر اعتقادات، فرهنگ و ویژگی‌های اجتماعی دارد، علمای مذهبی می‌توانند تأثیر مثبتی بر عقاید فرهنگی داشته باشند و مسأله اهدای عضو را در سطح کلی جامعه تسهیل کنند.

نتایج حاصل از استخراج تم‌های مطالعه نشان داد که یکی از عوامل مؤثر بر کنترل مشکلات روان‌شناختی خانواده بیماران مرگ مغزی از دیدگاه پرسنل بخش‌های ویژه، درک موقعیت بحرانی خانواده و مدیریت این مرحله می‌باشد که با نتایج مطالعه Long و همکاران همخوانی دارد (۲۲). اگر تیم مراقبتی به ویژه پرستاران، آموزش‌های لازم را برای آرایه رفتار مناسب، درک شرایط روحی و روانی خانواده ببیند، در زمان بروز مشکل در خانواده بیمار مرگ مغزی با اقدامات به موقع و علمی می‌تواند با آنان همدلی مناسبی را داشته و با درک موقعیت آنان در تصمیم‌گیری برای اهدای عضو خانواده را حمایت و راهنمایی کنند.

Sque و همکاران معتقدند که حمایت عاطفی و درک احساسات از سوی پرسنل بر تصمیم‌نهایی خانواده برای کنار آمدن با مشکلات روحی و پذیرش اهدا مؤثر است (۲۴).

بنابراین، لازم است تا برای ایجاد آرامش و کاستن از مشکلات روحی و روانی خانواده بیماران مرگ مغزی که درخواست اهدا را می‌پذیرند، دلایل علمی و انسانی با دیدگاه‌ها، فرهنگ و مذاهب مختلف آرایه شود و اعتقاد آن‌ها به موفق بودن و سودمند بودن پیوند نیز پشوانه محکمی را برای ایثار و هدیه کردن زندگی دوباره به نیازمندان عضو فراهم نمود. در این میان، نقش پرستاران در آرایه این اطلاعات مؤثر است (۲۵، ۵). تفهیم غیر قابل برگشت بودن مرگ مغزی، رعایت زمان مناسب درخواست بعد از اعلام مرگ مغزی، درک موقعیت خانواده، همدردی با آن‌ها و حمایت عاطفی آنان همه باعث اعتماد به نفس خانواده‌ها و موجب می‌شود تا مراحل سخت تصمیم‌گیری با اعتماد،

بیمارانی که در بخش‌های مراقبت ویژه بستری می‌شوند را به وضعیت و شرایط ایجاد شده آشنا کنیم و مواردی را که در آن‌ها ایجاد ابهام و تردید می‌کند، برطرف سازیم، می‌توانیم از نظر روانی مورد حمایت قرار داده و از آسیب بیشتر در آن‌ها پیشگیری کنیم که با نتایج حاصل از زیرتم‌های طبقه درک موقعیت بحرانی همخوانی دارد (۱۲). شرایطی که برای خانواده ایجاد می‌شود، به ویژه اگر به صورت ناگهانی اتفاق افتاده باشد، خانواده را در شرایط ناباوری قرار می‌دهد و چون درخواست عضو هم در همین شرایط مطرح می‌شود، آنان را با ابهام و تردید در تصمیم‌گیری روبه‌رو می‌کند. مطالعه Siminoff و همکاران نشان داد که اگر طرز برخورد عمومی و بدون اعتمادی را در موقع برخورد با خانواده بیمار مرگ مغزی داشته باشیم، باعث برانگیختن احساس تردید و مشکلات روحی، روانی و عدم اطمینان در خانواده می‌شود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۳).

از عوامل تأثیرگذار دیگر در بروز مشکلات روحی و روانی درون خانواده بیماران مرگ مغزی که به اهدای عضو وابسته خود رضایت داده‌اند، بر اساس کدهای استخراج شده در مطالعه درک جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی است که شامل زیرطبقه نوع دوستی، اعتقادات مذهبی و رشد در شرایط سخت، علایق، روابط عاطفی و توقعات می‌باشد که با نتایج حاصل از مطالعه حسین‌رضایی و همکاران (۷)، Siminoff و همکاران (۲۳) و Sque و همکاران (۲۴) همخوانی دارد. نتایج تحقیقات مشابه هم نشان می‌دهد که پرستاران نقش مهم و چشمگیری در کاهش مشکلات روحی و روانی خانواده‌ها به ویژه در زمان تصمیم به اهدا در عضو وابسته خود دارند و در جوامع مختلف با تفاوت‌های فرهنگی و اعتقادی، عوامل مختلفی بر این تصمیم مهم مؤثر است. شناخت این عوامل، کلید تعیین یک نتیجه مثبت می‌باشد و مداخله در آن‌ها سریع‌ترین راه برای کاهش مشکلات خانواده‌ها، افزایش تعداد پیوند و کاهش زمان انتظار بیماران کاندید پیوند خواهد بود.

نتیجه مطالعه شهری در عربستان نشان داد که دانش بیشتر نسبت به دیدگاه خانواده در مورد اهدای عضو پس از مرگ تأثیر بیشتری بر تمایل به اهدا داشته است؛ در صورتی که مراقبت از

بیمار مرگ مغزی می‌تواند سیستم‌های خدماتی و بهداشتی را در ارایه خدمات مؤثر به خانواده‌ها برای گذر راحت‌تر و با آسودگی بیشتر از این مرحله یاری نماید. پرستاران نیز از رضایت شغلی، آرامش روحی و جسمی که لازمه ادامه کار در محیط پرسترس بخش ویژه است، برخوردار باشند.

در مسأله اهدا در بیمارانی که خانواده آن‌ها انگیزه‌های مذهبی دارند و اطلاعات علمی کافی و در زمان مناسب دریافت می‌کنند، می‌توان با تکیه بر احادیث، اعمال و عملکردهای دینی و نظر صاحب‌نظران مذهبی به آن‌ها در درک موقعیت بحرانی، رفع ابهام و مجهولات آن‌ها کمک نمود تا در دوره پس از اهدا از عملکرد خود راضی باشند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه شهر کرمان که صادقانه و صبورانه ما را در انجام این پژوهش یاری دادند و مرکز تحقیقات HSR دانشگاه علوم پزشکی کرمان که مقاله فوق در قالب طرح تحقیقاتی با شماره ۹۴/۴۹ و کد اخلاق ۱۳۹۴/۹۰ IR.KMU.REC. در این مرکز تصویب و اجرا گردید، تشکر و قدردانی می‌شود.

آرامش روحی و روانی بهتری سپری شود. نتایج این امر به پذیرش درخواست اهدا منجر شده، میزان اهدا افزایش یافته و تأمین عضو نیازمندان پیوند موفق‌تر اجرا می‌شود. در صورتی که مراقبت از بیمار مرگ مغزی منجر به اهدا گردد، نتیجه‌ای سودمند است که می‌تواند پرستاران و خانواده‌ها را در گذر از آسیب‌های جدی روحی و روانی کمک نماید.

نتیجه‌گیری

خانواده بیمار مرگ مغزی که به اهدای عضو وابسته خود رضایت داده‌اند، مشکلات زیادی را در ابعاد مختلف تجربه می‌کنند. درک مشکلات این افراد پایه‌ای جهت خلق معنی، برای تجربه مراقبت از آنان می‌باشد. یافتن معنی در این تجربه باعث قابل تحمل ساختن این مشکلات گردیده و راهی برای تخفیف آن می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر، ضرورت طراحی برنامه‌های مراقبتی و حمایتی را علاوه بر بیمار و خانواده آنان، برای پرستاران را هم نشان می‌دهد. از طرفی، برای متولیان آموزش و پژوهش پرستاری روزه‌های واقعی مبتنی بر ساختار فرهنگی را جهت کار بیشتر مشخص می‌نماید و همچنین، توجه به تجارب پرستاران در زمان کار با

References

1. Range LM, Rotherham AL. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nurs Ethics* 2010; 17(2): 225-32.
2. Celik S, Ugras G, Durdu S, Kubas M, Aksoy G. Critical care nurses' knowledge about the care of deceased adult patients in an intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2008; 26(1): 53-8.
3. Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Rose J, Chadban S, et al. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. *Nephrol Dial Transplant* 2012; 27(6): 2526-33.
4. Badger JM, O'Connor B. Moral discord, cognitive coping strategies, and medical intensive care unit nurses: insights from a focus group study. *Crit Care Nurs Q* 2006; 29(2): 147-51.
5. Cadge W, Ecklund EH, Short N. Religion and spirituality: a barrier and a bridge in the everyday professional work of pediatric physicians. *Social Problems* 2009; 56(4): 702-21.
6. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-90.
7. Hosseini-zadeh H, Pilevarzadeh M, Amiri M, Rafiei H, Taghati S, Naderi M, et al. Psychological symptoms in family members of brain death patients in intensive care unit in Kerman, Iran. *Glob J Health Sci* 2014; 6(2): 203-8.
8. Brown H, Edelmann R. Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *J Adv Nurs* 2000; 31(4): 857-64.
9. Sedigheh I, Hossein RH, Hossein R, Hasan E. Critical care nurses' moral distress in South-East of Iran. *Asian Journal of Nursing Education and Research* 2013; 3(3): 129-33.
10. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23(5): 256-63.
11. de Groot J, Vernooij-Dassen M, Hoedemaekers C, Hoitsma A, Smeets W, van Leeuwen E. Decision making by relatives about brain death organ donation: an integrative review. *Transplantation* 2012; 93(12): 1196-211.

12. Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. *Aust J Adv Nurs* 2007; 24(3): 43-8.
13. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16(5): 561-73.
14. Marik PE. Multiorgan dysfunction syndrome. In: Marik PE, Editor. *Handbook of evidence-based critical care*. New York, NY: Springer Science & Business Media; 2010. p. 433-8.
15. Fumis RR, Deheinzeln D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med* 2009; 35(5): 899-902.
16. Jacoby LH, Breitkopf CR, Pease EA. A qualitative examination of the needs of families faced with the option of organ donation. *Dimens Crit Care Nurs* 2005; 24(4): 183-9.
17. Exley M, White N, Martin JH. Why families say no to organ donation. *Crit Care Nurse* 2002; 22(6): 44-51.
18. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 2008; 16(3): 360-73.
19. Storch JL, Kenny N. Shared moral work of nurses and physicians. *Nurs Ethics* 2007; 14(4): 478-91.
20. Urden L, Stacy KM, Lough ME. *Critical care nursing: diagnosis and management*. 6th ed. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2010. p. 3-12.
21. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2006; 61(5): 719-22.
22. Long T, Sque M, Addington-Hall J. What does a diagnosis of brain death mean to family members approached about organ donation? A review of the literature. *Prog Transplant* 2008; 18(2): 118-25.
23. Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, Arnold RM. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA* 2001; 286(1): 71-7.
24. Sque M, Long T, Payne S. Organ donation: key factors influencing families' decision-making. *Transplant Proc* 2005; 37(2): 543-6.
25. Sullivan DR, Liu X, Corwin DS, Verceles AC, McCurdy MT, Pate DA, et al. Learned helplessness among families and surrogate decision-makers of patients admitted to medical, surgical, and trauma ICUs. *Chest* 2012; 142(6): 1440-6.

Explanation of the Experiences of Intensive Care Unit Nurses Regarding the Psychosocial Status of Family Members of Organ Donating Patients: A Qualitative Study

Hakimeh Hosseinrezaei¹, Motahare Pilehvarzadeh², Mohamadreza Aflatonian², Farahnaz Amiri³

Original Article

Abstract

Introduction: Brain death is one of the greatest crises experienced by families who are faced with the decision of organ donation. Families of brain dead patients are faced with many psychological problems. Thus, the experiences of intensive care unit (ICU) nurses regarding the psychosocial status of family members of organ donating patients were studied in the present study.

Method: This qualitative study was conducted through phenomenological approach. The study participants consisted of 8 nurses of ICUs in Kerman, Iran, who were selected through purposive sampling. Subjects were assured of confidentiality of data and were able to leave the study any time they wished. Data were collected through open and semi-structured in-depth interviews until data saturation was achieved. All interviews were recorded, transcribed verbatim, and analyzed using Colaizzi's method.

Results: Through analysis and integration of codes, 3 main codes and 13 secondary codes were extracted. The main code of unknowns consisted of the secondary codes of ambiguity, anxiety, unknowns, and the reaction of family members. The main code of understanding the family's critical situation contained the secondary codes of fear of remorse, the chances of recovery, others' lack of approval, and obsessive thoughts. Moreover, the main code of understanding the cultural, social, and religious aspects consisted of the secondary codes of altruism, religious beliefs, growing up in difficult circumstances, interests and expectations, and emotional relationships.

Conclusion: The psychological problems of families of brain dead patients can be managed through the elimination of the unknown, understanding the critical situation of the family, and understanding their cultural, social, and religious status. In this way, these difficult stages can be passed in greater psychological tranquility.

Keywords: Brain death, Organ donation, Nurses, Family.

Citation: Hosseinrezaei H, Pilehvarzadeh M, Aflatonian M, Amiri F. **Explanation of the Experiences of Intensive Care Unit Nurses Regarding the Psychosocial Status of Family Members of Organ Donating Patients: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(1): 71-82.

Received date: 25.12.2015

Accept date: 14.3.2016

1- Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Researcher, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Motahare Pilehvarzadeh, Email: h_m5664@yahoo.com